

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 15 janvier 1886, à 1 heure

Par LÉON MERCIER

Né à Bas-Lieu (Nord), le 4 août 1860

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RAPPORTS DE LA PUERPÉRALITÉ ET DE LA SYPHILIS
ET EN PARTICULIER

de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches

Fournier
Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. { *Dieulafoy*
FOURNIER, professeur,
LANDOUZY, RENDU, agrégés.

L^e candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, boulevard Saint-Michel, 52

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 15 janvier 1886, à 1 heure

Par LÉON MERCIER

Né à Bas-Lieu (Nord), le 4 août 1860

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RAPPORTS DE LA PUERPÉRALITÉ ET DE LA SYPHILIS

ET EN PARTICULIER

de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur,
LANDOUZY, RENDU, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, boulevard Saint-Michel, 52

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON.
	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	G. SÉE.
Clinique médicale	HARDY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	RICHEL.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	TRÉLAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. GOSSELIN. — BOUGHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. GUEBHARD	MM. PEYROT	MM. RIBEMONT-
BOUILLY	HALLOPEAU	PINARD	DESSAIGNES
BUDIN	HANOT	POUCHET	RICHELOT
CAMPENON	HANRIOT	QUINQUAUD	RICHEL
CHARPENTIER	HUMBERT	RAYMOND	ROBIN (Albert)
DEBOVE	HUTINEL	RECLUS	SEGOND
FARABEUF, chef	JOFFROY	REMY	STRAUS
des travaux	KIRMISSON	RENDU	TERRILLON
anatomiques	LANDOUZY	REYNIER	TROISIER
GARIEL	LUTZ		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RAPPORTS DE LA PUERPÉRALITÉ ET DE LA SYPHILIS
ET EN PARTICULIER
DE LA FIÈVRE SYPHILITIQUE
pendant les suites de couches

INTRODUCTION

L'influence de la syphilis sur la grossesse et sur l'accouchement est aujourd'hui incontestée et très connue, bien que présentant encore des points obscurs.

On sait qu'elle est une cause fréquente de l'avortement, de l'expulsion plus ou moins prématurée de produits de conception altérés, soit quant à leur partie annexielle, soit quant à l'embryon ou au fœtus lui-même. Ce qui, dans ces questions, reste à discuter, demande, pour être résolu, des recherches plus éclairées et une plume plus autorisée que la nôtre.

Si, d'un autre côté, nous envisageons la syphilis par rapport à la mère, nous trouvons encore nombre de faits intéressants, concernant l'évolution de la maladie syphilitique

pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. Cette seconde partie a été magistralement traitée par M. le professeur Fournier dans ses leçons cliniques. Aussi n'avons-nous d'autre prétention que celle d'apporter quelques documents à l'étude de ce sujet. Encore le limiterons-nous plus étroitement ; laissant de côté la grossesse, nous ne nous occuperons que des particularités du travail et des suites de couches ; laissant également la syphilis tertiaire, sur laquelle nous ne savons rien de particulier, nous n'envisagerons que les deux premières périodes de la maladie.

Avant d'entrer en matière, nous remplissons un devoir en priant M. le professeur Fournier, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, d'agréer l'expression de notre reconnaissance.

Que M. Ribemont-Dessaignes, accoucheur de l'hôpital Beaujon, agrégé de la Faculté, reçoive également tous nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a communiqué ses observations. Remercions enfin M. Leriche, interne des hôpitaux, de la complaisance qu'il a mise à nous apporter le secours de ses renseignements.

DIVISION DU SUJET

Nous nous proposons d'appeler d'abord l'attention sur quelques phénomènes du travail de l'accouchement chez les syphilitiques.

En second lieu, nous dirons quelques mots de la façon dont se comportent les accidents cutanés et muqueux de la syphilis primaire et secondaire pendant les suites de couches. Ensuite nous parlerons, et nous parlerons surtout, de la fièvre syphilitique survenant dans les mêmes conditions.

Enfin, nous rapporterons les quelques faits qui nous ont donné l'idée de ce travail, essayant, chemin faisant, de les analyser et d'en tirer des déductions pour l'étude qui nous occupe.

PREMIÈRE PARTIE

**Des manifestations des deux premières périodes
de la syphilis pendant le travail et les suites
de couches.**

CHAPITRE I^{er}

DE L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LES PHÉNOMÈNES
DU TRAVAIL

§ 1. — *Complications du côté de l'état général.*

Le travail chez les femmes en puissance de syphilis peut présenter deux ordres de particularités : les unes tenant à l'état général de la malade, les autres à des lésions locales produites par la syphilis sur les divers points du canal génital.

Il est évident que l'état de chloro-anémie, ou l'état particulier d'*asthénie*, qu'a décrit M. Fournier, chez la femme syphilitique, et qui vient parfois compliquer singulièrement la grossesse, complique le travail de la même façon, au même titre que toute affection chronique s'accompagnant de retentissement général, en portant à son comble l'état

nerveux, habituel aux femmes en ce moment, et en rendant l'épuisement plus précoce et plus à redouter.

On a signalé particulièrement, comme pouvant relever de la syphilis, une complication spéciale de l'état général pendant le travail : nous voulons parler de l'*agitation nerveuse* (Mewis), qui est sans doute ici sous la dépendance de l'état névropathique produit par la syphilis.

Peut-être doit-on ranger dans la même catégorie le caractère particulièrement douloureux que prennent les contractions utérines chez certaines femmes syphilitiques. Ce caractère douloureux des contractions, sans lésion locale connue, ne doit pas les faire confondre avec les contractions douloureuses qui peuvent s'unir à des lésions dystociques du col utérin, cas où elles ne constituent qu'un phénomène accessoire.

En somme, ces complications : *épuisement, état nerveux, contractions douloureuses*, ne semblent rien présenter qui soit l'apanage spécial de la syphilis, et sont sans doute sous la dépendance d'un état général que produisent également bien d'autres affections.

L'*albuminurie* de la syphilis secondaire (1) (?) peut sans doute se rencontrer chez une femme en travail. Nous n'avons pas de données à cet égard. Il nous semble même remarquer que la coexistence de ces deux états, travail, et syphilis secondaire, dont le premier, au moins, est une cause fréquente d'albuminurie, ne la produise pas plus fréquemment.

Cependant nous avons vu assez souvent des femmes

1. Descout. *Th. de Paris*, 1879.

albuminuriques accouchant de fœtus macérés, et par conséquent pouvant être soupçonnées de syphilis, mais chez aucune il ne nous a été donné d'arriver à reconstituer une histoire nette de syphilis.

L'influence de la syphilis comme cause de *métrorrhagies puerpérales*, signalée, avec réserves, par M. Fournier, n'a pas été vérifiée, que nous sachions, depuis cette époque. Il est vrai qu'ici les faits ont pu passer d'autant mieux inaperçus, qu'ils sont nécessairement rares ; car, dans la majorité des cas, il existe du côté de la circulation utéro-placentaire, des lésions locales qui peuvent contrebalancer l'influence hémorrhagipare de l'état général. De fait, un caractère fréquent de l'avortement syphilitique est de se faire sans effusion de sang. Les vaisseaux utéro-placentaires, en effet, qui ne se sont hypertrophiés qu'en raison du développement du produit, doivent subir, par suite des lésions oblitérantes du côté du placenta, ou par le seul fait de la mort du fœtus, une sorte d'atrophie fonctionnelle, ou plutôt une régression qui les rapproche de leurs conditions de calibre normal. D'autre part, le muscle utérin, agent de l'hémostase, conserve son développement, n'ayant pas, pour ainsi dire, les mêmes raisons de s'atrophier, tant que l'œuf n'est pas expulsé.

Cette considération n'exclut nullement l'influence de la dyscrasie syphilitique comme cause d'hémorrhagie, notamment dans les cas où le fœtus est expulsé vivant et près du terme de la grossesse.

§ 2. — *Dystocie due à des lésions syphilitiques locales.*

L'induration scléreuse de la vulve a été signalée et étudiée par M. Fournier. Cette lésion peut affecter non seulement la vulve, mais les *parois vaginales* et le *col utérin*, et devenir une cause puissante de rigidité du col, de résistance du vagin et de la vulve au moment de l'accouchement. L'étude de ces accidents est faite dans le travail de M. Fasola (1), et dans la remarquable thèse de M^{lle} Mesnard (2) ; M. Doléris, dans une étude sur les mêmes sujets (3), signale aussi les *chancres* du col comme obstacles à la dilatation.

De cette absence de souplesse des parties génitales résulte l'impuissance des contractions utérines avec toutes ses conséquences, et, si l'on intervient, la nécessité d'incisions ou de déchirures.

Tantôt la résistance des parties est considérable, tantôt ce n'est pas la dureté, mais la friabilité qui prédomine. C'est surtout ce qui arrive dans les cas analogues au nôtre (Obs. II), où il ne s'agit pas de sclérôme, mais de cette lésion, engendrée surtout par le défaut de soins, qu'a décrite M. le professeur Fournier sous le nom de *nappe muqueuse*, et qui s'accompagne souvent d'un état subinflammatoire des tissus sous-jacents. Alors il n'y a pas d'obsta-

1. Fasola. Etude de l'induration scléreuse et du sclérôme syphilitique des parties génitales chez la femme et de leurs rapports avec la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral (*Ann. di Ostetr.* Août-septembre 1884).

2. Mesnard. *Thèse de Paris*, 28 novembre 1884.

3. Doléris, *Gaz. méd. de Paris*, déc. 84 et janvier 85.

cle sérieux à l'expulsion, mais la complication, pour être moins grave, n'en est pas moins à considérer, car les solutions de continuité sont inévitables.

Un autre ordre de faits, qui se rattache moins directement peut-être au sujet tel que nous l'avons limité, consiste dans la dystocie venue du fait de la *syphilis fœtale*.

Les cas de ce genre, d'ailleurs très rares, ne sont pas toujours à l'abri de la critique, au point de vue de l'origine syphilitique de la lésion. Ce sont des faits d'hydrocéphalie, d'hydrothorax, et d'ascite congénitale avec tuméfaction assez considérable pour s'opposer à l'accouchement spontané ou le rendre laborieux.

Signalons encore l'*hydramnios* avec ses conséquences possibles : inertie utérine, syncope, etc... « J'ai vu quatre fois, écrivait M. Fournier, l'*hydramnios* compliquer des grossesses survenues chez des femmes syphilitiques, à la période secondaire. N'est-ce là qu'une coïncidence, ou bien l'*hydramnios* est-elle un accident qui puisse dériver de la syphilis ? Je ne saurais encore le dire. Je cite le fait néanmoins, pour le signaler à l'attention des accoucheurs (1). » La question est jugée depuis, ainsi que le dit M. Charpentier (2), et les observations sont déjà assez nombreuses pour mettre le fait hors de doute.

Avant d'en terminer, mentionnons la fréquence des présentations vicieuses dans les accouchements prématurés syphilitiques, le fœtus, du fait de sa petitesse et de sa mollesse, s'il est macéré, n'étant plus soumis aux lois ordinaires de l'accommodation.

1. Fournier. *Leçons cliniques sur la syphilis*, 2^e édition, 1881.

2. Charpentier, *Traité d'accouchements*, T. I, p. 892.

CHAPITRE II

ÉVOLUTION DU CHANCRE ET DE LA SYPHILIS SECONDAIRE PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

§ 1. — Généralités.

La ténacité du chancre et des accidents syphilitiques secondaires, et même quelquefois le rappel de ceux-ci, l'aggravation de l'état général des syphilitiques, par le fait de la grossesse, sont des faits passés dans le domaine commun (1).

Mais que devient la syphilis dans la période qui suit l'accouchement ou l'avortement ?

La plupart des auteurs, sans nier la possibilité de quelques accidents post-puérpéraux relevant de la syphilis, accordent à l'expulsion du produit une influence bien plutôt heureuse sur l'évolution de la maladie.

« Si nous envisageons l'influence de la parturition sur
« la mère, nous serons porté à la regarder, avec M. Four-
« nier, comme plutôt favorable. L'accouchement n'est pas
« plus grave, quoi qu'en aient dit certains auteurs, chez
« les femmes syphilitiques que chez les autres, et ce qui

1. V. Cernatesco. *De la marche et de la durée du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant le cours de la gestation*. Th. de Paris, 1875. — Fournier, *loc. cit.* — Jules Moret. Th. de Paris, 1875.

« le prouve, c'est que sur nos quarante-quatre accouche-
« ments, un seul a été suivi de quelques accidents de péri-
« tonite dont la guérison ne s'est pas fait attendre. Par
« contre, l'amélioration de plaques muqueuses rebelles de
« la vulve s'est plusieurs fois rapidement dessinée après
« l'expulsion du fœtus (1). »

« Si les suites de couches, dit M. Fournier, chez les
« femmes syphilitiques, sont quelquefois pénibles, diffi-
« les, compliquées d'accidents divers tenant à l'anémie ; à
« l'alanguissement des fonctions, au nervosisme, etc...,
« souvent aussi, bien plus souvent, elles sont remarqua-
« blement *heureuses*, et coïncident avec un véritable réveil
« de la santé, avec un temps d'arrêt dans l'élan de la dia-
« thèse. » M. Fournier signale ensuite la cicatrisation
rapide des syphilides vulvaires pendant les suites de cou-
ches, et insiste surtout sur l'amélioration de l'état général.

Chr. Mewis, dans un travail basé sur 167 cas, admet
la même influence favorable de l'état puerpéral sur les acci-
dents locaux de la syphilis, mais parle d'une tendance spé-
ciale des syphilitiques aux accidents fébriles spécifiques et
aux inflammations péri-utérines pendant cette période (2).

En somme, ce qui ressort des travaux faits sur ces
sujets, c'est, avant tout, l'influence funeste de la grossesse.
Quant à celle de l'état post-puerpéral, son appréciation
est un peu plus complexe, comme nous allons le voir.

L'extrême fréquence de la syphilis chez les femmes qui

1. Rafinesque. *Contribution à l'étude de la syphilis infantile* (Arch. de tocologie, 1874).

2. Chr. Mewis (*Zeitschrift f. Geburtshülfe und gynaek.* Band. IV, Heft I. p. 10).

viennent accoucher dans les services hospitaliers, en rend facile l'observation, non pas seulement dans les hôpitaux spéciaux, mais dans n'importe quel service d'accouchement. M. Ribemont-Dessaignes a bien voulu mettre à notre disposition les renseignements provenant de son service à l'hôpital Beaujon. Ces renseignements concernent une quinzaine de femmes, syphilitiques avérées ; nous avons laissé de côté toutes les femmes accouchées de fœtus macérés, chez lesquelles le diagnostic de syphilis n'a pu être nettement établi, bien que ce diagnostic fût infiniment probable, au moins pour un certain nombre d'entre elles. Ce chiffre de nos observations est peu imposant ; mais il acquiert de la valeur par ce fait que nos sujets ont pu être examinés à chaque instant comparativement à d'autres accouchées non syphilitiques, se trouvant dans les mêmes conditions hygiéniques ; ce fait donne plus de sécurité dans l'appréciation des particularités qui doivent être rapportées en propre à la syphilis, notamment au point de vue qui nous occupera surtout, celui des accidents fébriles.

§ 2. — *Évolution des syphilides cutanées et muqueuses après l'accouchement.*

De nos recherches, il résulte d'abord que, dans la majorité des cas, les suites de couches, chez les syphilitiques, n'ont présenté aucune particularité notable.

Les éruptions cutanées et les syphilides vulvaires et anales tantôt ont persisté sans changement, tantôt ont disparu

très rapidement, tantôt enfin ont simplement été modifiées, toujours d'une manière favorable.

En analysant les observations, nous avons cru voir que dans les cas de syphilis très jeune, où la fin de la grossesse et les suites de couches occupaient la période normale d'évolution des éruptions, où, en d'autres termes, il y avait pure coïncidence entre la fin de la grossesse et les éruptions observées, l'évolution de celles-ci n'était ni troublée ni abrégée. Au contraire, dans les cas où une manifestation spécifique s'était trouvée prolongée, éternisée par le fait de la grossesse, elle a disparu rapidement après l'accouchement. Ce fait, du reste, n'est nullement nouveau ; M. Fournier l'énonce très clairement, en disant que « la terminaison de la grossesse a pour effet de permettre aux syphilides vulvaires de se résoudre et de se cicatriser, comme à l'état de vacuité utérine. » Nous pensons que cette appréciation peut être étendue aux manifestations syphilitiques de l'anوس et du tégument externe. Quant à celles de la bouche et de la gorge, elles semblent plus indifférentes à la grossesse et à l'accouchement.

§ 3. — *Fièvre syphilitique pendant les suites de couches.*

Le second point qui a fait l'objet de nos remarques, celui sur lequel nous désirons surtout attirer l'attention, c'est la survenance, chez quelques-unes des accouchées, d'une fièvre qu'on n'a pu, après un examen attentif, rapporter qu'à la syphilis, et qui présentait d'ailleurs tous les caractères propres à la *fièvre syphilitique*.

Nous savons qu'on a insisté sur des faits contraires, concernant la disparition de fièvres syphilitiques par suite de l'accouchement. Il s'agit alors de fièvres accompagnées et sans doute produites ou entretenues par un état général sérieux, une cachexie syphilitique plus ou moins accentuée : dans ces cas, l'évacuation de l'utérus agit toujours heureusement, en faisant disparaître la complication grossesse. Mais on sait que la fièvre syphilitique est loin d'avoir ce mauvais état général pour compagnon obligé, et alors cette fièvre, qu'elle soit vraiment *essentielle*, ou (plus rarement) *éruptive* (voir obs. Doléris, p. 37), à l'instar des syphilides, quand elles n'existent pas *du fait* de la grossesse, semble évoluer, pour ainsi dire, à son heure, pendant les suites de couches, comme elle aurait évolué chez la femme non enceinte, si cela s'était trouvé.

Y a-t-il plus, et l'état puerpéral constitue-t-il un appel à la fièvre syphilitique, comme l'avance Mewis ? C'est là ce qu'il ne nous appartient pas de décider. Nous voulons seulement insister sur son existence possible pendant les suites de couches. Aussi, sans nous élever jusqu'à la pathogénie, nous allons maintenant résumer les quelques considérations qui ressortent de l'examen de nos faits de fièvre rapportée à la syphilis pendant les suites de couches, au point de vue des circonstances où cette fièvre s'est produite, de ses symptômes, de son traitement et de son pronostic, remettant à la fin le diagnostic différentiel, qui sera, nous l'espérons, la justification du nôtre dans les cas où il a été porté.

Tout d'abord, la fièvre n'a eu aucune prédilection pour les cas d'accouchement laborieux, et est survenue plusieurs

fois à une époque où les accidents puerpéraux ne se déclarent plus d'ordinaire, ou, ce qui est plus significatif peut-être, à une époque où ils ne se déclarent pas encore, à moins d'être exceptionnellement graves.

Comme *symptômes*, peu de réaction générale, souvent des céphalées dans l'intervalle des accès, et pendant ces accès.

Comme *évolution*, tantôt des accès vagues et irréguliers (Obs. IV), tantôt forme rémittente, (Obs II), tantôt forme intermittente (Obs. V) ; le tout combiné de diverses façons, ce qui est absolument le tableau de la fièvre syphilitique.

Quant au *traitement*, tout ce que nous pouvons dire, c'est que sous l'influence du mercure, la fièvre n'a jamais persisté longtemps ; que les lavages antiseptiques se sont toujours montrés inefficaces. Pour ce qui est de l'influence comparative du mercure et des antipyrétiques ordinaires, nous ne pourrions rien avancer à ce sujet qui ne fût très-hasardé, bien que nous croyions, *à priori*, à la supériorité du traitement hydrargyrique.

Le *pronostic* n'est pas aggravé par l'état puerpéral, indépendamment duquel la fièvre paraît bien évoluer. C'est même en cela que réside le principal intérêt de ces faits : la différenciation, au point de vue pronostique, des accidents fébriles syphilitiques avec les accidents fébriles puerpéraux ou autres survenant pendant les suites de couches.

C'est ce *diagnostic différentiel* que nous allons essayer d'établir maintenant. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que d'emprunter encore à M. le professeur Fournier ses considérations sur le diagnostic de la fièvre syphilitique en général. On nous pardonnera la longueur de la citation, qui

montre bien mieux que nous ne saurions le faire, la réserve qu'on doit y apporter.

« Toute fièvre se développant chez un sujet syphilitique n'est pas par cela même syphilitique, bien entendu. Lors donc que sur un malade affecté de syphilis, vous serez appelés à déterminer la nature d'un état fébrile, il vous incombera de résoudre les deux questions suivantes : 1° cet état fébrile est-il la conséquence d'une maladie incidente, étrangère à la syphilis ? — 2° doit-il, au contraire, être rattaché comme origine à la diathèse ?

« De ces deux questions la première ne peut être jugée que par un examen complet, intégral, de votre malade, par une revue de toutes ses fonctions, par une analyse méthodique de l'ensemble morbide. Supposez, en effet, que la fièvre soit d'origine syphilitique ; vous n'êtes en droit de la considérer comme telle qu'après avoir institué un véritable *diagnostic d'exclusion*, c'est-à-dire après avoir mis hors de cause toutes les maladies susceptibles de produire de semblables symptômes. Or, vous savez ce qu'un diagnostic de ce genre comporte de difficultés et exige de circonspection.

« La seconde question n'est pas moins importante. Après le diagnostic d'exclusion, il reste à établir ce qu'on pourrait appeler le diagnostic direct de la fièvre syphilitique. Pour cela, vous aurez à rechercher si d'abord votre malade est syphilitique ; — à quelle période il en est de la diathèse ; — s'il se trouve dans les conditions où se produisent d'ordinaire les symptômes fébriles de la vérole ; — si les phénomènes qu'il présente répondent à la symptomatologie usuelle de la fièvre syphiliti-

que... type intermittent de la fièvre ; — caractère vespérin ou nocturne des accès ; — évolution irrégulière des accès ; — retours atypiques et capricieux des poussées fébriles ; — contraste parfois très évident entre les phénomènes de réaction et les troubles généraux, le malaise, l'état de l'appétit et de la langue, etc. » (1).

Ces règles sont de tout point applicables dans le cas qui nous occupe. Mais ici, le diagnostic différentiel doit porter tout spécialement sur les lésions connues comme causes de fièvre après l'accouchement. Nous croyons pouvoir en éliminer la *fièvre typhoïde*, dont la confusion ne saurait être faite que dans des cas très exceptionnels. Il reste la *synoque*, qui s'accompagne en général d'un état gastrique très accentué, contrairement à la fièvre syphilitique ; — le *rhumatisme*, dont, le cas échéant, le diagnostic différentiel pourrait être extrêmement difficile ou impossible, mais qui, nous le ferons remarquer en passant, ne saurait être mis en cause dans nos observations ; — enfin et surtout les fièvres ordinaires des suites de couches : fièvres paludéenne, tuberculeuse, septicémie puerpérale, accidents du côté des seins. A ces variétés, il faut ajouter une fièvre éphémère, assez commune après l'accouchement, due à l'absence prolongée de garde-robe, et qu'on peut désigner sous le nom de *stercorémique*.

La *fièvre paludéenne* (2) se distinguera à la survenance matinale, au caractère franc de l'accès, au gonflement de la rate, qui manque dans la fièvre syphilitique, aux com-

1. Fournier, *loc. cit.*, p. 670.

2. V. Billon. *De la fièvre intermittente survenant après l'accouchement*. Th. de Paris, 1883.

mémoratifs, et à l'efficacité toute particulière du sulfate de quinine.

La fièvre due à la *tuberculose* pourra être mise en cause chaque fois que l'on constatera des signes quelconques de cette affection, et, dans le cas de coexistence des deux maladies, tuberculose et syphilis, il deviendra bien difficile, sinon impossible, de faire leur part respective.

La *septicémie puerpérale*, dans ses formes généralisées graves, ne saurait être confondue, pas plus que les inflammations post-puerpérales nettement dessinées : phlegmon, métror-péritonite. Il n'en est pas de même des formes atténuées de la septicémie, qui constitueront la difficulté la plus ordinaire. Leur diagnostic repose sur la sensibilité locale d'une région de l'utérus, le plus souvent d'une région latérale, sur la fétidité des lochies, qui peut cependant manquer, et surtout, dans les cas douteux, sur la marche de l'affection. En effet, ici, où les injections antiseptiques se montrent remarquablement efficaces, où l'état général devient assez rapidement alarmant, où l'infection se résout en une phlegmasie abdominale. Dans la fièvre syphilitique, au contraire, les injections demeurent absolument inefficaces, puis, au moment où on n'y compte pas si on n'a pas reconnu la nature des accidents, la fièvre tombe spontanément. Il est bien entendu que dans les cas où un doute peut subsister, le diagnostic de fièvre syphilitique doit être rejeté, au moins jusqu'à plus ample informé.

Du côté des seins, on peut trouver trois sortes d'accidents : la *fièvre dite de lait*, les *lymphangites superficielles*, et les *accidents inflammatoires profonds*.

La fièvre de lait, d'une rareté excessive, se manifesterait

par une élévation de température à la fin du second ou au troisième jour, accompagnée d'une poussée vive du côté des seins, élévation qui tombe le lendemain et ne se reproduit plus.

Les lymphangites superficielles se traduisent par des symptômes locaux nets et qu'il suffit de rechercher ; il faut savoir que la plus légère trainée rouge de lymphangite suffit à expliquer une température très élevée ($39^{\circ},5$ à plus de 40°).

Les inflammations profondes des seins se traduisent par des symptômes locaux qui ne prêtent pas davantage à la confusion.

Enfin la fièvre due à la *rétenction des matières fécales* ne survient guère avant la fin du quatrième jour, reste aux environs de 38° , et disparaît comme par enchantement, pour ne plus se reproduire, après une évacuation (1).

Le deuxième point, le diagnostic direct, n'est pas moins important, et, par exemple, quelque puissante présomption de syphilis qu'on puisse avoir, notamment dans les cas d'avortements répétés, on ne doit évidemment pas baser le diagnostic sur ce seul fait, en l'absence de manifestations actuelles ou de commémoratifs authentiques.

On le voit, le diagnostic de fièvre syphilitique pendant les suites de couches, plus encore peut-être qu'en n'importe quelles autres conditions, ne devra être porté qu'avec la plus grande circonspection.

En effet, il est entouré de difficultés particulières, les

1. Cependant voir sur ce sujet P. Müller. *De la fièvre tardive chez les accouchées* (Arch. f. Gynæk. Bd. XX, H. 2).

femmes en couches étant sujettes à présenter de la fièvre sous les moindres influences, poussées fébriles éphémères, formes infiniment atténuées de septicémie, fièvre due à un effort, à une imprudence, à une simple émotion (1).

Le diagnostic ne devra donc être assuré que dans les cas où la fièvre présentera quelque durée, ou se répétera un certain nombre de fois à intervalles variables.

En outre l'erreur qui ferait méconnaître une fièvre paludéenne ou surtout une septicémie commençante serait extrêmement préjudiciable en faisant négliger un traitement d'une importance capitale ; il n'est pas besoin d'insister pour le démontrer.

Mais d'autre part, il y a un intérêt tout aussi évident à porter ce diagnostic de fièvre syphilitique : indispensable au point de vue du pronostic, il servira encore à préserver la malade des inconvénients et de la fatigue d'un traitement local toujours pénible, qu'on institue à peu près invariablement aujourd'hui contre la septicémie : nous voulons parler des lavages intra-utérins plus ou moins répétés, ou même continus.

1. V. P. Müller, *loc. cit.*

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie par M. Leriche, interne des hôpitaux.

Clémence H..., femme G..., 28 ans, domestique, entre le 4 avril 1885, à deux heures et demie du matin, à l'hôpital Beaujon (service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES).

Le début de la syphilis, d'après les renseignements que donne la femme, remonterait à deux ans; elle aurait déjà été traitée. Depuis ce temps, elle a fait une fausse couche de six mois (enfant mort et macéré).

Dernières règles du 30 août au 4 septembre 1884. Des céphalées ont constitué le seul accident de la grossesse. Premières douleurs le 3 avril 1885, vers midi.

A l'entrée. — Femme paraissant assez robuste. L'utérus remonte à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic. Bruits du cœur normaux, s'entendant surtout un peu à droite de la ligne médiane. Présentation du sommet en O. I. D. T.

A trois heures du soir, la dilatation est complète depuis environ deux heures; le sommet est maintenant en O. I. D. A, encore assez élevé. Rupture artificielle des membranes,

et application de forceps. Le dégagement de la tête se fait assez facilement, celui des épaules est très pénible, et l'extraction complète nécessite des efforts assez considérables, prolongés pendant plusieurs minutes, ce qu'explique l'état de l'enfant : du sexe féminin, il ne pèse que 1750 gr., mais présente un grand développement de l'abdomen, produit par un épanchement ascitique assez considérable. L'enfant faisant quelques efforts inspiratoires, on enfonce dans l'abdomen l'aiguille d'une seringue de Pravaz, et à l'aide d'aspirations répétées, on extrait 120 gr. d'un liquide citrin, contenant une assez forte proportion de fibrine. L'enfant commence alors à respirer assez librement. Il est mis dans la couveuse, mais l'ascite se reproduit bientôt, et la mort a lieu le lendemain à 1 heure du soir. A l'autopsie, pas d'altérations marquées du péritoine. Le foie est volumineux, il présente une quantité de petits foyers blancs arrondis. La description détaillée ne sera donnée qu'en publiant l'observation complète, l'examen des viscères, qu'on a conservés, ayant été différé jusqu'à présent.

Suites de couches. — La délivrance, faite par le procédé de Crede, n'a rien présenté de particulier. Les suites de couches ont été ordinaires, sauf une toux assez tenace, datant de plusieurs mois, au dire de la femme. Elle présente, en effet, au niveau de la fosse sus-épineuse droite, de l'obscurité du son, de l'expiration prolongée et un point de souffle vers la racine des bronches. — La température n'a guère dépassé 37°. — Sortie le neuvième jour, dans un état satisfaisant.

La syphilis paraît ici avoir dépassé la période des accidents secondaires. Nous donnons l'observation, quoique

son rapport avec notre sujet puisse être contesté, parce qu'elle nous a paru particulièrement intéressante, l'ascite congénitale étant un phénomène rare et peu étudié, et parce qu'il n'est pas prouvé qu'elle ne puisse coexister avec des accidents secondaires du côté de la mère, bien que cela ne soit pas le cas ici.

OBSERVATION II (personnelle)

La nommée Anaïs D..., 19 ans, lingère, entre le 6 août 1885, à 5 heures du matin, à l'hôpital Beaujon. (Service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES). Elle est primipare. Ses dernières règles ont paru du 8 au 10 octobre 1884. Elle aurait eu vers le cinquième mois de sa grossesse un chancre avec adénopathies inguinales. A l'entrée : abdomen offrant le développement d'une grossesse à terme ; enfant vivant ; sommet engagé en O. I. D. P. Col effacé, commencement de dilatation. Bassin normal. Granulations du vagin ; écoulement assez abondant, âcre, par les parties génitales ; les grandes et les petites lèvres, et la commissure postérieure sont couvertes de syphilides, de papules érosives, qui forment nappe en arrière jusqu'au niveau de l'anus. Toutes ces parties sont peu gonflées, mais donnent au doigt une sensation particulière d'induration, et sont peu extensibles.

A 9 heures du matin, dilatation grande comme la paume de la main ; col peu souple.

Il s'écoule par la vulve du liquide amniotique verdâtre

et les bruits du cœur sont assourdis et ralentis. Application de forceps. Après l'introduction de la première branche, la femme ayant fait un mouvement de recul, cette branche, quoique tenue légèrement, entame la commissure postérieure sur une étendue d'environ *deux centimètres*.

Le reste de l'opération ne présente rien de particulier. La déchirure du périnée n'a pas été agrandie par le passage de l'enfant, qui est vivant et pèse 3260 grammes. Délivrance naturelle dix minutes plus tard. Le placenta est complet, ainsi que les membranes qui sont rompues sur l'un des bords. Après la délivrance, injection intra-utérine d'un litre de solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$ à une température de 50°, comme d'habitude.

Deux serre-fines sur la déchirure.

Suites de couches :

6 août	T.	a.	s.	37°7
7 —	—	m.	36°7	s. 37°5
8 —	—	—	36°7	37°1
9 —	—	—	36°4	37°4
10 —	—	—	36°6	38°

Pas de fécondité des lochies. La déchirure a repris incomplètement. Pas de frisson, ni de mal de tête; appétit un peu diminué le soir.

11	T.	a.	m.	37°2	s.	37°
12	—	—	—	37°4	s.	38°2.

État général toujours assez bon; l'involution utérine continue.

13	T. a. m.	37°4	s.	37°6
14	—	37°		38°
15	—	37°2		38°2
16	—	37°6		38°

L'utérus a disparu derrière les pubis.

17. 37°2, 38°. Les lochies n'ont jamais été fétides. Il n'y a pas eu de sensibilité abdominale, pas de frissons, très peu de céphalalgie. Rien à l'auscultation. Pas d'antécédents paludéens. Rien du côté des seins. Depuis le jour de l'accouchement, quatre centigrammes de protoiodure de mercure tous les jours.

18. — T. a m. 36°. Les syphilides vulvaires, quoique améliorées, persistent. Sauf sa syphilis, la femme sort en bon état, ainsi que son enfant, qui n'a rien présenté de particulier.

Ce fait est un exemple de déchirure du périnée due manifestement aux lésions syphilitiques locales. De plus, la fièvre des suites de couches, manifestée d'abord par deux accès irréguliers le quatrième et le sixième jour, puis ayant revêtu du huitième au douzième jour, la forme rémittente, n'a pu être expliquée que par la syphilis dont elle présente d'ailleurs tous les autres caractères propres comme symptômes et comme marche.

Quant aux lésions syphilitiques de la vulve, elles sont améliorées par suite de la propreté, mais, se trouvant encore en pleine période d'évolution normale, n'ont manifesté aucune tendance à cette disparition rapide si frappante, quand il s'agit d'un accident déjà usé, et prolongé seulement par la grossesse.

OBSERVATION III

(M. Fasola in th. de M^{lle} Mesnard).

Il s'agit d'une syphilis ayant débuté avec la conception. Rigidité du col d'origine syphilitique, application de forceps.....

Le dégagement de la tête est fait avec la plus grande lenteur; il en est de même pour les épaules et pour le siège; et cependant deux lacérations se sont produites, l'une qui divise complètement la grande lèvre droite à son tiers inférieur et qui se prolonge en contournant obliquement les bords du sclérome jusqu'en bas, séparée du raphé médian du périnée par un espace de trois centimètres; seconde lacération moins étendue de la commissure postérieure; une autre plus petite sur le bord gauche; solution de continuité du vagin peu importante; une autre dans le cul-de-sac postérieur, transversale, rendue visible par l'abaissement de l'utérus et la procidence du vagin; et pour la même raison, on peut voir deux autres lacérations sur le col utérin, l'une plus grande à droite, l'autre à gauche.

Suites de couches bonnes. La température a oscillé entre 37° et 38°,9.

Ce fait est un second exemple de l'influence de la syphilis sur les lésions traumatiques des parties molles pendant l'accouchement.

Quant à la fièvre des suites de couches, elle est mention-

née trop sommairement pour qu'on puisse chercher à la rapporter à sa cause.

OBSERVATION IV

Recueillie par M. Leriche.

Eugénie B..., 28 ans, domestique, entre le 22 septembre 1885, à 10 heures du matin, à l'hôpital Beaujon (service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES).

Réglée pour la première fois vers l'âge de 15 ans, et depuis, régulièrement tous les mois ; ses règles durent huit jours et sont abondantes. Première grossesse, il y a cinq ans : accouchement spontané à terme ; enfant vivant, élevé en nourrice au biberon, mort à l'âge d'un an et demi.

Actuellement elle est enceinte pour la seconde fois ; le père n'est pas le même. Dernières règles du 26 février au 1^{er} mars. Vers le début de la grossesse, varices sur les membres inférieurs. Vers le troisième mois, apparition d'un chancre sur le bord libre de la grande lèvre droite à sa partie inférieure. Peu après, on ne sait au juste combien de temps, céphalalgies intenses et fréquentes et éruption cutanée.

A l'entrée. — Visage fatigué. Éruption papuleuse intense et généralisée. Sur la grande lèvre droite, à l'endroit précité, se trouve en effet un large chancre ; adénopathie inguinale droite non douloureuse. La grossesse, d'après l'examen, est jugée dater de six mois ; l'enfant est vivant, présentant le siège. Pas de phénomènes de travail.

Traitement : 4 centigrammes de protoiodure de mer-

cure tous les jours pendant dix-huit jours. Le traitement est interrompu à ce moment par suite d'une sortie de la malade.

Malade rentrée le 16 octobre ; le chancre est cicatrisé ; l'éruption persiste avec tout son éclat ; céphalées fréquentes.

Le 19 octobre, à 1 heure du matin, premières douleurs. A 11 heures 1/4, dilatation complète ; fœtus toujours très mobile. Rupture artificielle des membranes et version immédiate, le fœtus présentant l'épaule. Extraction d'un enfant vivant qui respire immédiatement ; c'est un garçon, pesant 1720 grammes, du terme de sept mois. Délivrance naturelle à 11 heures 20 minutes, et injection intra-utérine de sublimé.

Suites de couches. — Traitement mercuriel repris. L'éruption est moins foncée dès le deuxième jour ; elle prend ensuite une teinte jaunâtre, et à la sortie de la malade, le 17 novembre, elle est complètement effacée depuis plus de huit jours.

19 octobre.	T. à. m.	36°6	s. 37°4
20 —	—	36°8	37°6
21 —	—	37°	38°8
22 —	—	37°	37°2
23 —	—	37°4	38°
24 —	—	36°8	37°6

A partir de ce moment, la température a été normale jusqu'à la sortie (entre 36°6 et 37°6). Il y a donc eu, le troisième et le cinquième jour, des élévations de température

dont on a vainement cherché la cause ailleurs que dans la syphilis.

L'enfant, mis dans une couveuse et soumis au gavage, a bien été d'abord, puis il a présenté des phénomènes gastro-intestinaux (muguet, diarrhée verte) et a fini par succomber le trentième jour, après plusieurs alternatives en bien et en mal. Depuis une douzaine de jours, il portait sur la face cutanée de la lèvre inférieure deux papules couvertes de squames. — Trois ou quatre jours après sa naissance, on s'est aperçu qu'il avait le testicule droit très petit et dur, et un peu d'hydrocèle du côté gauche.

Cette hydrocèle a été passagère, mais le testicule opposé est resté anormalement dur et petit.

Telles sont les seules lésions apparentes que cet enfant ait présentées.

L'autopsie, pratiquée quelques heures après la mort, n'a montré d'altération dans aucun organe. Le foie, la rate, le pancréas, notamment, étaient normaux comme aspect, volume et consistance.

L'œsophage ne présentait pas d'altérations. Les testicules ont été conservés et seront examinés ultérieurement.

Voilà un exemple d'un chancre ayant duré de trois à quatre mois et d'une éruption, prolongée de même par le fait de la grossesse, rebelle au traitement, et disparaissant rapidement après l'expulsion du produit.

La fièvre spécifique a paru revêtir ici la forme vague et irrégulière.

L'observation présente un grand intérêt au point de vue de l'époque de l'accouchement et des lésions de l'enfant; mais ce serait sortir de notre sujet que de nous y arrêter.

OBSERVATION V.

Recueillie par M. Leriche.

H..., 25 ans, artiste peintre, entre le 16 octobre à 7 heures du soir à Beaujon (service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES).

Pas de renseignements sur le début de la syphilis. Elle est primipare. Dernières règles du 20 au 26 février; premières douleurs le 16 octobre à 10 heures du matin.

A l'entrée: Femme petite, maigre, d'aspect maladif. — Utérus remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; sa mollesse, au palper, indique la mort du produit, que confirme l'absence des bruits du cœur. Col effacé, orifice de la largeur d'une pièce de 5 fr.; membranes intactes, partie fœtale élevée (épaule), érosions syphilitiques des deux grandes lèvres. Lésions érosives de l'isthme du gosier, adénopathie cervicale. Rien du côté des poumons ni du cœur.

A 1 heure 1/2 du matin, la dilatation est complète; les membranes se rompent, l'épaule s'engage de plus en plus. Le fœtus étant très petit et macéré, l'évolution spontanée se fait facilement. On voit d'abord sortir l'épaule droite, puis le côté correspondant de la poitrine et de l'abdomen; le siège et la tête se dégagent ensuite simultanément. L'expulsion est terminée à 2 heures du matin.

Fœtus du sexe masculin, très macéré: poids 750 gr., longueur 22 cent.

Délivrance naturelle à 2 h. 1/4.

Suites de couches. — Traitement : protoiodure de mercure 4 centigrammes tous les jours, sauf les deux derniers ; le traitement avait été cessé à cause d'une gingivite ulcéreuse siégeant au niveau du collet des deux dernières molaires inférieures.

17 octobre. — S. 37°4.

18. — M. 36°8, s. 37°2.

19. — M. 37°2, s. 38°8.

Malaises ; céphalée. Pas de frissons ; montée laiteuse insignifiante. Pas de fétidité des lochies, ni d'autres symptômes abdominaux. On fait cependant une injection intra-utérine de sublimé au 1/1000.

20 octobre. — M. 37°, s. 38° ; même état général et abdominal. On ne fait plus d'injection intra-utérine.

21 octobre. — M. 37°, s. 38°. Jusqu'à la sortie, l'état est resté le même : malaises, inappétence, céphalées fréquentes. Rien du côté de l'abdomen. Pas de fétidité des lochies. Le traitement s'est borné à des injections vaginales et aux pilules de protoiodure.

22 octobre. — M. 37°, s. 38°4.

23. — M. 37°8, s. 38°4.

24. — M. 39°8, s. 38°.

25. — M. 37°6, s. 38°.

26. — M. 36°, s. 36°8.

L'état général n'a guère subi de modification par la chute de la température.

27 octobre. — M. 36°, s. 36°.

28. — M. 36°4, s. 36°2.

29. — M. 36°6. Sortie portant encore les érosions de

la vulve et de la gorge, plus la gingivite signalée plus haut.

Ici encore, la fièvre n'a pu être rattachée qu'à la syphilis. Outre l'absence d'autres lésions pour l'expliquer, la terminaison spontanément favorable, ou sous la seule influence du traitement hydrargyrique, constituerait à elle seule un argument, car la fièvre a été assez élevée et assez persistante pour justifier un pronostic sérieux, s'il s'était agi de septicémie. Quant aux lésions vulvaires, comme elles se trouvaient encore en pleine période d'évolution, le fait de l'accouchement ne les a pas modifiées.

OBSERVATION VI.

M. Martinetti, assistant du professeur Chiara (Résumé et extraits tirés de la thèse de Mlle Mesnard.)

Infection datant du 7^e mois de la grossesse, traitement mercuriel commencé quelques jours avant l'accouchement. Roséole, condylômes, leucorrhée vaginale. Rigidité des organes génitaux externes et du col. Travail d'environ 40 heures. Incisions, application de forceps. Enfant vivant.....

• Durant les premiers jours, il y eut un peu de fièvre ; mais la température ne s'éleva jamais au-dessus de 39°. Les lochies, d'abord sanguinolentes, ensuite purulentes, eurent toujours une assez mauvaise odeur. Le ventre fut toujours indolent et souple, et à travers la paroi abdominale, on sentait l'utérus bien contracté. Le toucher vaginal

ayant été pratiqué le dixième jour, on put reconnaître que les parois du vagin étaient toujours recouvertes d'une énorme quantité d'excroissances condylomateuses, en nombre plus grand vers la partie inférieure; le col se sentait toujours dur et inégal. »

« Les jours suivants, les conditions semblèrent s'améliorer, mais de temps en temps survenait une recrudescence fébrile avec maximum de la température à 38°2. Dans la matinée du 14 novembre (seizième jour), un autre toucher vaginal ayant été pratiqué, on trouva que les condylômes des parois avaient diminué de nombre et de volume. La grande lèvre avait à peu près perdu sa dureté, et de même le vagin était un peu plus extensible, le col était également moins sclérosé. »

« Peu à peu les manifestations syphilitiques cédèrent sous l'influence de l'involution puerpérale et du traitement mercuriel. Le vagin se trouva un peu raccourci et rétréci, mais sans condylômes. »

« L'infection syphilitique exerça une influence fâcheuse sur l'état général de l'accouchée, car elle présentait une anémie et une débilité notables, et pendant un court intervalle il suffisait qu'elle restât levée quelques heures de plus que d'habitude, et la température vespérale s'élevait à 38°. »

Cette observation nous montre :

1° Une dystocie grave, causée par les lésions spécifiques du col et des parties molles du bassin.

2° Une influence remarquable des suites de couches, aidées du traitement mercuriel, sur la disparition des accidents spécifiques, qui cependant ne datent pas de très

loin ; mais le traitement n'avait pas été commencé longtemps avant l'accouchement ; il est permis de supposer que s'il l'avait été les accidents auraient pu être amendés dès la grossesse.

3° Elle est présentée par son auteur comme un exemple de fièvre syphilitique.

OBSERVATION VII.

M. Doléris. (Résumée. Empruntée à la thèse de M^{lle} Mesnard).

Syphilis de deux ans, insuffisamment traitée. Éruption papuleuse avec fièvre, au huitième mois de la grossesse.

Examen le jour de l'accouchement (23 mai). Éruption papuleuse générale sur le thorax et l'abdomen ; adéno-pathie ; sur la grande lèvre gauche, ulcération arrondie nette ; lésions pustulo-crustacées à la tête, ganglions sous le sterno-mastoïdien.

La rigidité du col nécessite des incisions. Accouchement à 10 heures du soir.

24 mai (lendemain de l'accouchement). — Poussée nouvelle de papules avec fièvre. Onctions mercurielles.

25 mai. — L'éruption papuleuse commence à s'affaïssir et à se ternir, et présente une surface squameuse. T. 38°,4. Le soir, 40°,1.

26 mai. — On ne voit plus que les traces de l'éruption. T. m. 38°, s. 38°,7.

31. — Frictions cessées.

Outre la rigidité syphilitique du col, l'observation montre une poussée de syphilis rappelée, ou au moins prolongée par la grossesse, continuant à évoluer pendant les suites de couches, mais s'éteignant rapidement sous leur influence unie à celle du traitement.

On y voit, de plus, un exemple de fièvre syphilitique symptomatique d'une éruption.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Résumée

Aline R..., 20 ans, primipare, entre le 27 avril 1885, à Beaujon (service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES). Chancre en septembre 1883. Soignée à cette époque, à Lourcine, pour la syphilis. Devenue enceinte en septembre 1884, elle porte actuellement, dix-neuf mois après le début de l'affection, qui a cependant été traitée un certain temps, des lésions érosives de la vulve. Accouchée, le jour de son entrée, d'un fœtus très macéré. Dix jours après, les lésions vulvaires ont disparu sans traitement. Pas de fièvre pendant les suites de couches.

A rapprocher des observations IV et VI au point de vue de l'influence funeste de la grossesse, annihilée par l'expulsion du produit, qui amène la disparition rapide des accidents.

Nous donnerons, pour terminer, le résumé d'une observation de syphilis datant de sept mois et où l'expulsion du produit n'a pas influencé la marche des accidents secondaires.

OBSERVATION IX (résumée).

(Service de M. Ribemont-Dessaignes)

Multipare, syphilis remontant au début de la grossesse. Accouchement à sept mois, par une version, d'un fœtus macéré.

Une large syphilide papulo-érosive de la grande lèvre droite, et des lésions érosives de la gorge persistent encore telles quelles le vingtième jour de l'accouchement, malgré le traitement local et général (protoiodure de mercure).

RÉSUMÉ

1° Le syphilis primaire et secondaire est une cause de dystocie, par les lésions locales du canal génital : rigidité du col, du vagin, de la vulve, friabilité des tissus, notamment du périnée. Quant à son influence générale (contractions douloureuses, épuisement etc.....). elle n'a rien de particulier à cette affection ;

2° Le chancre et les accidents syphilitiques secondaires, syphilides, fièvre, évoluent après l'accouchement exactement comme à l'état de vacuité utérine ;

3° La fièvre syphilitique, qui peut donc se trouver pendant les suites de couches, y présente ses caractères ordinaires ; elle cède au traitement mercuriel, et son pronostic n'est pas plus grave qu'à l'état de vacuité ;

4° Le diagnostic différentiel de la fièvre syphilitique, surtout avec la septicémie, est extrêmement important au point de vue du pronostic et du traitement.

Imprimerie A. DERENNE, Paris, boulevard Saint-Michel, 52.
